

入院・治療証明書

氏名		男・女	昭和 平成 令和	(満 歳) 年 月 日生														
住所																		
ア. 傷病名				先天性 (有・無) 精神障害 (有・無)														
イ. (ア) の原因	ウ. 既往症																	
初診日	年 月 日	発病日または受傷日 年 月 日 (頃・不詳)																
前医 または 紹介医	有・無	病院(医院)名	医師名	治療期間 年 月～ 年 月頃迄														
上記 (ア) に関わる入院期間																		
	①	年 月 日	～	年 月 日 (入院日数 日)														
	②	年 月 日	～	年 月 日 (入院日数 日)														
今回の傷病での手術 (有・無)																		
	手術名		手術日 年 月 日															
上記 (ア) に関わる退院後の実通院治療日 (○印をつけてください。)																		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
上記の通り証明いたします。																		
年 月 日																		
所在地 名 称																		
科																		
医師氏名 (印)																		